

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THESE 640^{N°}

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Joseph-Louis-Marie LE BIHAN

Né le 29 Octobre 1911, à Quimperlé (Finistère)

Contribution à l'étude
du traitement des Ulcères
gastro-duodénaux perforés
en
péritonite libre par suture simple

Président : M. CUNEO, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ
11 et 13, Rue de l'École de Médecine
PARIS

1939

48



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Joseph-Louis-Marie LE BIHAN

Né le 29 Octobre 1911, à Quimperlé (Finistère)

**Contribution à l'étude
du traitement des Ulcères
gastro-duodénaux perforés
en
péritonite libre par suture simple**

Président : M. CUNEO, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ
41 et 43, Rue de l'École de Médecine
PARIS

1939

LE DOYEN TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique de cardiologie
 Clinique de neuro-chirurgie
 Assistance Médico-sociale

Professeurs sans chaire

ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ABRAMI.
 MONDOR.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAGINEL-LAVASTINE.
 FIESSINGER.
 CHIRAY.
 LOEPER.
 CARNOT.
 CLERC.
 Marcel LABBE.
 LEREBoullet.
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 CHEVASSU.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 LEVY-SOLAL.
 MOCQUOT.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUYAL.
 M. VILLARET.
 TROISIER.
 MATHIEU.
 LAUBRY.
 Clovis VINCENT.
 N...
 HAZARD.
 HOVELACQUE.
 MULON.
 OLIVIER.
 SANNIE.
 VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD (Hen ri)	Pathologie médicale.
BERNARD Etie nne	Pathologie médicale.
BESANÇON (Ju stin)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART	D'ALLAINES. Patholog. chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ..	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN ..	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (G.)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET ..	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN ..	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAIL LIS	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELES A L'EXERCICE

pour le Service des Examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.

MM.

LE LORIER ...	Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS ..	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE ..	Parasitologie.
SCHWARTZ ..	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ..	Obstétrique.

IV

AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROcq	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
JONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL			
LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et quelle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation .

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Le Commandant Louis LE BIHAN

*Dont la vie loyale et probe sera pour
moi un exemple et un soutien.*

*En faible preuve de mon admiration et
et de mes efforts pour m'élever à son
niveau.*

A MA MÈRE ADORÉE

*En témoignage de ma profonde affec-
tion filiale.*

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MES AMIS

LE DOCTEUR ET MADAME MARVIER

LES DOCTEURS PAUL HORVENO

ET YVES CHOLLET

AUX MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Chirurgie
Commandeur de la Légion d'honneur

*qui a bien voulu nous faire l'honneur de
présider cette thèse.*

Mes remerciements et ma gratitude,

A NOTRE JURY DE THÈSE

A NOS MAITRES DANS LE HOPITAUX

DE NANTES

ET A L'ECOLE DE MEDECINE DE NANTES

AU DOCTEUR PIERRE RIOU

Chef de Clinique Chirurgicale près des
Hôpitaux de Nantes

*En témoignage de ma reconnaissance
pour m'avoir inspiré ce travail et fourni
les matériaux nécessaires à son exécution.*

INTRODUCTION

Pour la première fois, en 1894, Michaux, intervenant sur un ulcère perforé, réussit à obtenir la guérison du malade.

Depuis, le traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre a donné lieu à de nombreuses discussions, chacun des procédés ayant ses défenseurs et ses détracteurs.

Les premières perforations amenées aux chirurgiens, le furent, pour la plupart, trop tardivement — en pleine péritonite. L'intervention même minima aggravant encore un pronostic plus que sombre. La suture simple était seulement pratiquée; le résultat était médiocre.

Vers 1920, l'éducation des malades ayant été faite, il fut possible d'opérer plus précocement, avec une méthode qui paraissait idéale. On procédait en même temps au traitement de l'accident d'une part, et à celui de la maladie causale d'autre part. Ce fut la période où la gastro-entérostomie complémentaire fut appliquée dans la plupart des cas.

L'examen des résultats démontrant au bout de quelques années que l'ulcère pouvait, malgré la gastro-entérostomie, continuer à évoluer et que cette méthode avait des complications propres, on proposa la gastrectomie d'emblée. Cette intervention fut préconisée comme étant le seul traitement rationnel d'une affection dont la perforation ne serait en somme qu'un épisode aigu.

A l'heure actuelle, il nous semble personnellement difficile de prendre une position catégorique sur une question rendue complexe par la diversité des cas. Se rallier à une formule unique est une impossibilité. En effet, différents facteurs interviennent pour fixer le mode d'intervention le plus adéquat à un cas particulier. Par exemple : l'âge du malade, le temps écoulé depuis le début des symptômes, l'état de résistance du sujet, la dimension de la lésion. Chaque malade présente donc un problème spécial et particulier, impossible à résoudre théoriquement, dans un travail comme celui-ci.

Il nous a cependant paru que la tendance vers la résection systématique d'emblée était parfois exagérée en ce moment. Au contraire, la suture simple, méthode négligée à l'heure actuelle, nous semble mériter une place plus grande parmi les différentes thérapeutiques chirurgicales de l'ulcus gastro-duodéal perforé en péritoine libre.

Le bon sens paraît en effet indiquer que l'idéal est de faire le minimum suffisant d'abord — soit la suture simple de la perforation, puis de faire le maximum ensuite — c'est-à-dire la gastrectomie lorsque le malade se présentera sous l'aspect de l'ulcéreux — encore faudra-t-il que cet angle nouveau de l'aspect du malade soit nettement évident.

A l'appui de cette hypothèse, nous apportons quelques observations qui ont la bonne fortune de comprendre l'évolution lointaine des malades. Nous avons eu la chance de retrouver ou suivre les opérés et la bonne marche postopératoire nous semble éloquente.

Ainsi, dans ce travail, nous nous efforcerons d'analyser succinctement les résultats obtenus par les différentes méthodes préconisées, nous les comparerons en envisageant si la préférence donnée par quelques chirurgiens à la suture simple, comme définitif ou premier temps du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre, est vraiment justifiée.

Il est toutefois évident que jamais nous ne perdrons de vue qu'une seule intervention-type est une utopie, car elle ne saurait être dans tous les cas la moins grave et la meilleure.

LE TAMPONNEMENT

Ce mode opératoire des ulcus gastro-duodénaux perforés en péritoine libre est d'un emploi exceptionnel, et nous n'en parlerons que pour être complet.

C'est un moyen de fortune, employé lorsque la suture n'est pas possible chez un malade opéré tard et présentant une brèche dont les dimensions sont telles que l'obturation est impossible, les bords étant de plus friables sur une grande distance.

Il est évident que la mise d'un mickulicz ne peut avoir que des inconvénients, et il nous semble que cette pratique est à rejeter : la possibilité de pratiquer une épiploplastie au cas où toute suture est impossible doit être exécutée coûte que coûte. Il est exceptionnellement rare que le chirurgien ne puisse coiffer la perforation avec le grand ou le petit épiploon, et compléter l'intervention par une mèche de sécurité.

Moyen de fortune utilisé dans un but immédiat, il n'est pas surprenant que le tamponnement ne donne à distance que des résultats médiocres.

LA GASTRO-ENTEROTOSTOMIE ASSOCIÉE A LA SUTURE

Les résultats donnés à distance par la simple suture paraissant incertains, certains auteurs ont préconisé de compléter celle-ci par un autre procédé plus satisfaisant à l'esprit : la gastro-entérostomie associée.

Il est incontestable que dans certains cas, cette méthode peut donner de bons résultats immédiats. La moyenne des résultats favorables étant de 60 % environ. Nous ne discuterons donc pas l'utilité immédiate de cette technique.

A. — LES GUERISONS.

1) Se rencontrent dans la *sténose pylorique* due à la *périgastrite*. Des réinterventions au cours desquelles on dut se contenter d'une gastro-entérostomie (devant l'importance du processus cicatriciel périantral) ont amené des guérisons définitives.

2) Par ailleurs, la *gastrite légère* peut parfaitement disparaître après établissement d'une gastro-entérostomie. En permettant une évacuation rapide — associée au traitement médicamenteux — la gastro met l'estomac dans les conditions les meilleures permettant d'assurer la cicatrisation.

B. — LES ECHECS.

a) Sont excusés par notre ignorance de la pathogénie de la *maladie ulcéreuse*, mais ils n'en existent pas moins.

1) Il est en effet avéré que dès que la *gastrite est un peu marquée*, la gastro-entérostomie apparaît comme inutile et insuffisante.

2) De plus, la littérature contient de nombreux cas de *perforation itérative d'ulcus* après gastro-entérostomie. Boppe, Picot en ont vus. Wilmoth, perd, de perforation duodénale postérieure, un malade auquel il avait fait 32 jours plus tôt la suture d'un ulcus duodénal antérieur complété par une gastro-entérectomie. Scollo cite un cas identique : un an, presque jour pour jour, après une intervention d'urgence. Holman, Moiroud rapportent des cas semblables après une rémission apparente de plusieurs années.

3) Ce qui grève surtout d'un grand nombre

d'échecs les résultats éloignés de la gastro-entérostomie associée à la suture, c'est *la reprise du processus ulcéreux lui-même*.

Schwartz reconnaît que dans 3,2 % il y a récédive de l'ulcus. Scollo, sur 13 cas, note 3 reprises de l'ulcère. Lewishon, sur 33 malades en trouve 13 qui ont des crises typiques nouvelles. Soupault, en 1930, publie une observation indiscutable avec pièce opératoire et examen histologique.

b) Indépendamment de ces échecs dus à la maladie elle-même, ce qui fait encore perdre de sa valeur à la gastro-entérostomie, ce sont les possibilités de *complications qui lui sont propres*.

Ces complications sont de deux sortes :

1(Dues à des troubles liés au mauvais fonctionnement de la bouche. Ils occupent une place importante à ce qui se rapporte aux *gastro-entérostomies douloureuses*.

2) *L'ulcère peptique* qui a droit à une place à part à cause de son importance et de sa gravité.

I. — a) *Le circulus viciosus* est aujourd'hui exceptionnel. Ce syndrome apparaît à des moments différents post-opératoires. Soit après quelques heures (forme immédiate), soit après quelques jours (forme retardée). Dans d'autres cas, on a à faire « au cercle vicieux tardif » de Brunzel ou « chronique » de

Finsterer. On a longtemps invoqué une pathogénie uniquement mécanique, mais il semble qu'un élément infectieux puisse être invoqué dans de nombreux cas.

b) *L'occlusion intestinale par invagination du grêle* à travers la brèche mésocolique est devenue rarissime.

c) *La gastro-jejunité primitive* dite « des opérés » (Gutmann) n'est pas une exception. Cette complication n'est pas seulement intéressante à cause des troubles qu'elle occasionne, mais aussi par le rôle important qu'elle joue dans la genèse du rétrécissement de la bouche et de l'ulcus peptique.

d) *Le rétrécissement non ulcéreux de la bouche* a des conséquences faciles à prévoir. Si le pylore est resté perméable la sténose place le malade dans les mêmes conditions qu'avant l'intervention, et on assiste en général à une reviviscence de l'ulcère primitif. Si le pylore est prétréci, on est en présence d'un syndrome de sténose avec vomissements de stase et douleurs tardives.

e) Une forme importante et particulière de la sténose de la bouche est celle que réalise l'invagination dans la cavité gastrique à travers la bouche de l'anse anastomosée.

II. — *L'ulcère peptique* tranche nettement à côté de ces complications par sa gravité. Il est intéressant de noter que sur toutes les statistiques la prédominance du sexe masculin est unanime, puis le rôle du précédé opératoire montre que les gastro antérieures donnent un plus grand pourcentage que les gastro postérieures. Par ailleurs, s'il est incontestable que l'anastomose en Y — procédé aujourd'hui abandonné — prédispose particulièrement à l'ulcus peptique, la technique courante n'en met pas à l'abri.

On peut considérer en examinant les chiffres moyens donnés par les différents auteurs que la fréquence de l'ulcère peptique varie de 3 à 7 % des gastro-entérotomies pratiquées.

Un point intéressant à noter, c'est que l'ulcère peptique est beaucoup plus fréquent lorsque la gastro-entérostomie est pratiquée pour un ulcère pylorique ou duodénal : le rapport des ulcères duodénaux aux ulcères gastriques étant de 7 contre 1 d'après Balfour on a une proportion de 15 contre 1 d'ulcus peptiques.

III. — Enfin, *la difficulté des réinterventions*, lorsqu'une résection devient nécessaire, est très augmentée par la présence d'une gastro-entérostomie. Le tissu cicatriciel qui entoure la bouche au niveau de la brèche mésocolique crée des difficultés

opératoires aggravant d'autant le pronostic des réinterventions.

Ainsi, de ce qui précède, il apparaît que la gastro-entérostomie associée se présente comme une intervention souvent inutile et insuffisante. A l'heure actuelle du reste, il nous est possible d'affirmer que cette intervention voit tous les jours ses partisans diminuer en nombre.

LA GASTRECTOMIE D'EMBLÉE

La gastrectomie large d'emblée est la dernière en date parmi les opérations proposées pour le traitement des ulcus gastro-duodénaux perforés en péritoine libre.

Opération rationnelle, supprimant le foyer ulcéreux et les lésions gastriques avoisinantes, modifiant la sécrétion gastrique dans un sens favorable, la gastrectomie se présente comme l'opération de choix.

La *technique opératoire* est trop classique pour que nous entrions dans une description détaillée, dépassant du reste le cadre de ce travail. Nous croyons bon toutefois de préciser quelques points particuliers donnant aux chirurgiens qui les pratiquent le maximum de sécurité.

1° *L'anesthésie générale* paraît indispensable. Le péritoine étant enflammé, il est, en effet, impossible par une simple infiltration locorégionale d'obtenir une analgésie suffisante — quelle que soit la dou-

ceur et la patience de l'opérateur, dès qu'il arrive sur le péritoine, le malade gémit et pousse.

2° Du point de vue *technique* pure, nous rappellerons que Finsterer conseille d'enlever les deux tiers de l'estomac, c'est-à-dire jusqu'à l'arrivée de la coronaire sur la petite courture, la résection de l'autre étant insuffisante — c'est seulement à ce prix-là qu'on évitera des récidives d'ulcères.

Il faut donc supprimer toute la portion à sécrétion acide, l'étude des gastrectomies présentées comme des échecs montre, dans bien des cas, qu'on procéda à des résections trop étroites (P. Duval).

3° *Le mode d'anastomose* gastro-jéjunale lui aussi a donné lieu à de nombreuses discussions. La majorité des chirurgiens partagent leurs faveurs à l'heure actuelle entre le Polya-transmesocolique et le Hofmeister-Finsterer; certains opérateurs en Autriche-Allemagne apprécient aussi le procédé de Billroth — deuxième manière qui est très sûre, au point de vue de la solidité des sutures — ce qui est un avantage majeur en chirurgie gastro-intestinale.

Cette opération bien mise au point est-elle réellement la technique idéale ne donnant que des succès? Hélas! non, et les meilleures statistiques comportent encore des échecs, bien qu'il est indéniable qu'à distance ce procédé donne les meilleurs résultats.

A. — Les bons résultats sont du reste en fonction des considérations cliniques et anatomo-pathologiques de l'*ulcère* lui-même, qui fixent les meilleures conditions pour faire une gastrectomie d'emblée : « perforations à bord calleux, ulcus œdématisé, passé ancien, sont les seuls cas imposant la gastrectomie d'emblée » (M. Gandy).

B. — *Les facteurs mis dans la balance par le sujet lui-même* sont, par ailleurs, d'une extrême influence sur le choix de la gastrectomie d'emblée, comme intervention idéale.

1° *La résistance du malade* doit être envisagée avant tout. Les chirurgiens, comme Judine, sont presque unanimes à admettre que « l'usure précoce », l'absence de résistance du sujet est un élément de pronostic extrêmement défavorable.

2° Le facteur *temps* est le seul élément permettant au point de vue pratique d'apprécier le degré d'infection péritonéale (les moyens objectifs d'appréciation comme les examens bactériologiques n'ont rien donné de concluant). En fait, après la sixième ou septième heure, la pullulation microbienne devient telle que la résection d'emblée ne doit pas être tentée si on veut rester raisonnable.

3° *L'âge* est un élément d'appréciation impor-

tant. Au point de vue pratique, après cinquante-cinq ans, il vaut mieux réduire les frais au minimum.

4° De même, un état *cardio-pulmonaire* défectueux, une *adiposité* excessive invitent le chirurgien à une prudente réserve dans le geste opératoire.

5° Certains *facteurs anatomiques* propres à l'opéré doivent aussi entrer en ligne de compte. La gastrectomie d'emblée doit pouvoir être exécutée facilement et sûrement.

a) En dehors de l'adiposité excessive, de nombreux opérateurs considèrent qu'un *angle d'ouverture étroit du thorax* peut entraîner de grosses difficultés d'exercice.

b) Le *siège de la perforation* est important. Une localisation haute sur la petite courbure ou basse sur le duodénum entraîne des sections telles que les sutures exposent au « lâchage ».

c) La *question d'organisation matérielle* est à considérer avec le plus grand soin. Pour entreprendre une telle intervention, il faut un anesthésiste expérimenté, un aide entraîné et souvent la présence d'un second aide facilite beaucoup le travail et abrège l'intervention.

La conclusion de tout ceci est qu'il est obligatoire pour un chirurgien voulant pratiquer des gastrectomies d'emblée, en dehors de la compétence opé-

ratoire, de sélectionner sévèrement les cas. En voulant trop étendre les indications de ce procédé comme mode thérapeutique d'ulcus perforé en péritoine libre, on n'arriverait qu'à le discréditer.

Tous les facteurs doivent être pesés, appréciés avec soin, la négligence d'un seul suffisant à assombrir considérablement le pronostic d'une intervention toujours grave. C'est pour cela que la gastrectomie voit ses indications vraiment limitées dans les cas d'ulcères perforés en péritoine libre alors qu'elle reste la technique idéale du traitement de la maladie ulcéreuse, lorsque la thérapeutique médicale a fait faillite.

LA SUTURE SIMPLE

La suture simple de la perforation de l'ulcère gastro-duodénal en péritoine libre a toujours été pratiquée suivant une technique à peu près identique par les différents opérateurs :

- Suture bord à bord (ou après excision des bords *calleux*);
- Enfouissement séro-séreux;
- Epiploplastie de sécurité dans la majorité des cas.

Pour des malades difficiles, on s'est même parfois contenté d'une suture en un plan avec épiploplastie.

Cette méthode, pour simple qu'elle soit, n'est pas un pis aller ni une intervention de fortune; surtout si on considère avec les auteurs américains comme W. Mayo ou Balfour que l'ulcère perforé est un ulcère mort. Hypothèse qui paraît conforme par les guérisons définitives constatées chez des malades n'ayant subi qu'une simple suture et n'ayant jamais suivi de régime par la suite.

LES GUERISONS.

Au reste, tous les chirurgiens utilisant plusieurs procédés signalent des guérisons persistantes dues à la suture.

Tout en voulant éviter de fatiguer le lecteur par un étalage de chiffres, l'entraînant dans un dédale de pourcentage d'où il est difficile de dégager la vérité, il nous paraît intéressant de rappeler que :

— Guthrie, sur 33 malades revus après avoir subi seulement une suture simple, n'a eu que 3 résultats médiocres.

— Southam soutient que dans 90 % des cas une intervention est inutile.

— Farr a 21 guérisons définitives sur 24 cas.

— Engelsing a 70 % de bons résultats.

Ces chiffres sont évidemment les meilleurs avec ceux de White et Petterson, qui estiment que leur pourcentage atteint 60 %. Tous les opérateurs n'ont, certes, pas les même résultats sans qu'il soit possible d'en déceler les causes. C'est ainsi que Williams et Walsh ont dû réopérer 53 sur 98 malades et Zuckschwerdt et Eck ne croient pas que la suture simple puisse donner plus de 35 % de guérisons définitives.

Personnellement nous avons la chance de pouvoir présenter 11 observations qui constituent la

statistique d'un jeune chirurgien nantais pratiquant des sutures simples. Le résultat est tellement éloquent que nous n'hésitons pas à le publier, puisque 10 malades sont actuellement bien guéris, un seul étant décédé le neuvième jour, après avoir fait des complications pulmonaires.

Faut-il donc conclure à la supériorité de la suture et s'en tenir à elle d'une manière définitive?

Evidemment non, mais nous croyons pouvoir affirmer que dans la plupart des cas, la suture simple est capable d'assurer une guérison définitive. Il sera toujours temps pour les cas se révélant défavorables de procéder à une gastrectomie secondaire traitant d'une façon radicale la maladie ulcéreuse recommençante, l'échec de la thérapeutique médicale étant avéré.

LES ECHECS.

Cette reprise des troubles chez les malades opérés de perforation d'ulcus par suture simple peut se faire de différentes manières :

I. — Par l'apparition d'une *nouvelle complication* telle que :

a) Les *hémorragies post-opératoires*.

Cas de Gandy (1922) : treizième jour.

Cas de Gihlol (1924) : cinquième jour.

Cas de Monod (quatrième jour).

b) Les *perforations itératives*.

Baudet, Chifoleau, Delagenière, Borszeky.

II. — Par *périgastrite* — rarement très intense et s'accompagnant la plupart du temps d'une adaptation fonctionnelle de l'estomac, rendant inutile toute réintervention.

III. — Par l'*ulcéro-cancer* qui se révèle comme étant d'une fréquence de 20 % environ (11 % pour Pierre Duval) des cas d'ulcères, ce pourcentage tombant à 3 % d'après le Mourgues pour les ulcères perforés.

IV. — C'est la *reprise du processus ulcéreux* qui est la plus fréquente des causes expliquant l'échec de la suture simple : 30 % des cas d'après Schwartz. Lewisohn a 10 malades sur 35 présentant de nouveaux troubles. Scollo 3 sur 13.

a) Il est rare que l'ulcère initial reprenne son évolution, mais des observations indiscutables ont été publiées;

b) C'est l'apparition d'un nouvel ulcère dans la région antrale qui est ordinairement à la base de la réapparition des troubles;

c) Enfin l'existence d'une gastrite sans ulcère explique souvent les douleurs persistantes présentées par les malades opérés antérieurement.

Ces considérations expliquent pourquoi il est impossible sur la question traitée dans ce travail de se conduire en doctrinaire pour l'application d'une thérapeutique unique; nous désirons seulement en nous basant sur la critique des méthodes employées et sur les observations que nous avons réunies, montrer que la nécessité d'une intervention comme la gastrectomie n'est pas dans la plupart des cas évidente et que la suture simple suffit à assurer la guérison la plupart du temps.

LE DRAINAGE

A propos du traitement chirurgical de l'ulcère perforé en péritoine libre, une question se pose quelle que soit la méthode employée. Faut-il drainer? Le drainage est-il sans danger?

Récemment Patel et Desjacques, Ameline et Folliaison ont rapporté plusieurs cas de mort par occlusion provoquée par la formation d'une bride épiploïque secondaire au drainage du Douglas. Mondor s'élève contre le drain, « qui n'est qu'un long tube ayant la prétention de drainer ».

Par contre, le rôle mécanique du drain lorsque le liquide est en grande abondance est indéniable et si on ne le garde que le temps minimum, le drain rendra service.

Il faudra donc drainer le moins possible et à la période limite en se rappelant que le péritoine se défend mieux lorsqu'il est fermé. L'idéal théorique serait de bien assécher le péritoine grâce à l'aspirateur électrique et de refermer ensuite, mais cette pratique est encore peu employée pour que nous puissions juger des résultats.

Dans les observations que nous présentons : sur onze cas on a drainé huit fois — d'une façon systématique après la huitième heure, pour enlever le drain avant le deuxième jour de l'opération.

Ces drains étaient placés indifféremment dans l'incision susombilicale, ou suspubienne ou même dans la fosse iliaque droite.

OBSERVATION I

M. D..., 35 ans, est amené le 19 avril 1939 à l'Hôtel-Dieu, parce qu'il souffre depuis 21 heures dans le ventre.

Histoire de la maladie :

Passé gastrique net, éthylisme avéré.

Crise plus douloureuse la veille.

A l'examen :

Contracture, sonorité préhépathique.

Shock.

Ventre de bois.

Pouls 112.

Vomissements bilieux.

Opération :

Gros ulcère perforé calleux à la face antérieure de D 1.

Fermeture, après résection des bords, avec du catgut n° 1, en un plan.

Epiploplastie.

Drainage par incision d'appendicite.

Fermeture aux fils de bronze.

Soins post-opératoires :

Position demi-assise.

Sérum physiologique sous-cutané 500 cm³.

Huile camphrée toutes les 3 heures : 5 cm³.

Evolution :

Suites opératoires graves pendant douze jours.

Début de bronchopneumonie.

Grosse température (39°5).

Urine, peu.

Localement, rien à signaler.

Sort un mois après son opération.

Va bien pour le moment, régime bien suivi.

OBSERVATION II

M. S... Emile, 19 ans, de Guéméné-Penfao, est dirigé le 1^{er} du second mois 1938, vers 14 heures, à l'Hôtel-Dieu de Nantes.

Histoire de la maladie :

Bonne santé jusque là.

Neuf heures plus tôt, a eu mal dans la fosse iliaque droite.

La veille était indisposé, avait vomi.

Examen :

Température 38°6.

Pouls 120.

Douleurs périombilicale, prédominant à droite.

Ventre contracturé.

Vive douleur à la pression de la fosse iliaque droite.

Intervention :

1° Ouverture de Mac-Burney : on s'aperçoit qu'il s'agit d'une affection gastrique.

2° Laparatomie susombilicale :

On trouve un ulcus de l'antré, à la partie supéro-interne, perforé.

Suture en deux plans au catgut.

Epiploplastie.

Drain dans le douglas.

Fermeture au crin.

Soins post-opératoires :

Position demi-assise.

Glace sur le ventre.

Sérum hypertonique intra-veineux : 20 cc³.

Huile camphrée : 10 cm³.

Evolution :

Pas d'incident à signaler.

Part chez lui au 17^e jour.

Revu il y a un mois en parfaite santé.

OBSERVATION III

M. G..., de Saint-Mars-du-Désert, âgé de 29 ans, entre le 1^{er} juillet 1938, à 23 h. 30, à l'Hôtel-Dieu de Nantes.

Antécédent. Histoire de la maladie :

Se plaignait parfois de douleurs gastriques, mais éthylysme net.

Souffre dans le ventre depuis 3 heures.

Examen :

Contracture.

Facies péritonéal.

Pouls 120.

Opération :

Laparatomie susombilicale.

Perforation d'un ulcère de la face antérieure de la portion mobile de D 1.

Suture simple en deux temps au catgut.

Fermeture au crin.

Soins post-opératoires :

Glace.

1 litre de sérum physiologique sous-cutané.

Enveloppement sinapisé.

Suppositoire créosoté.

Huile camphrée 3 cm³ toutes les 3 heures.

Hépatrol. Strychnine 5 mmg. sous-cutanée. Morphine 1 cg.

Evolution :

Rien à signaler d'anormal.

Sort guéri et désintoxiqué le 18 juillet.

Bon état général, bon appétit.

Revu en mars 1939 : pas de trouble malgré un régime mal suivi.

OBSERVATION IV

M. D... Alexis, 28 ans, est amené par son médecin pour ulcère gastrique perforé depuis deux heures, le 20 janvier 1939.

Histoire :

Pas d'antécédent gastrique net.

Début brutal : douleurs abdominales en coup de poignard.

Pas de vomissement.

Examen :

Douleurs dans tout l'abdomen, surtout à droite.

Contracture généralisée.

Shock.

Température 38°1.

Pouls 102.

Opération :

Laparatomie subombilicale. Schleich.

Liquide dans l'abdomen.

Ulcère perforé à la face antérieure du pylore.

Suture simple au fil de lin.

Epiploplastie de sécurité.

Pas de drain.

Crin de fermeture.

Soins post-opératoires :

Huile camphrée 10 cm³.

Sérum physiologique 5 cm³ sous-cutanée.

Glace sur le ventre.

Suppositoire à la créosote.

Morphine 1 cgr.

Suites opératoires :

Sans aucune complication.

Sort le 15^e jour.

Revu il y a un mois : va très bien.

OBSERVATION V

M. D... Clément, 41 ans, arrive le 26 mars 1938 à 19 heures 15, au Service d'urgence de l'Hôtel-Dieu, pour syndrome abdominal douloureux.

Interrogatoire :

Antécédent peu net.

Sept heures auparavant, douleurs dans l'abdomen qui deviennent de plus en plus vives, pas de vomissements, contracture, pouls à 110.

Opération :

On trouve un vieil ulcus calleux pylorique perforé, d'un diamètre d'une pièce de 50 c.

Suture en deux plans au catgut, après excision des bords de l'ulcère.

Epiploplastie.

Drainage.

Fermeture au crin profond, bandage de corps.

Soins post-opératoires :

Position demi-assise.

Glace sur le ventre.

Sérum physiologique sous-cutané.

Morphine.

Huile camphrée.

Evolution :

Rien à signaler de spécial, à part un petit hématome de la paroi.

Sort le 19^e jour de son opération.

Revu quatre fois depuis son intervention.

On a dû procéder à l'ablation de deux crins profonds.

Pas de reprise du syndrome ulcéreux.

OBSERVATION VI

M^{me} F... Jeanne est entrée le 23 mai 1938 à l'Hôtel-Dieu, avec un syndrome abdominal douloureux, à maximum iliaque droit; elle est âgée de 41 ans.

Histoire de la maladie :

Antécédent gastrique peu précis.

A été opérée en 1927 d'appendicectomie.

Depuis 29 heures, elle souffre dans tout le ventre après avoir ressenti une violente douleur au niveau de l'ombilic.

Examen :

Température 38°7.

Facies terreux.

Gros shock.

Vomissements verdâtres.

Abdomen ne respirant pas.

Contracture généralisée.

Douleurs à la pression, surtout dans l'hypocondre droit.

Disparition de la matité préhépatique.

Opération :

Laparatomie susombilicale.

Liquide dans l'abdomen, présence de débris alimentaires.

Suture simple en un plan d'un gros ulcère pré-antral de la dimension d'une pièce de 1 franc.

Epiploplastie de sécurité.

Drainage.

Fil de bronze.

Soins post-opératoires :

Position demi-assise.

Glace sur le ventre.

Huile camphrée 10 cc³.

Sérum anti-streptococcique anti-collibacillaire
40 cm³.

Morphine.

Sérum hypertonique intra-veineux 20 cm³.

Sérum physiologique sous-cutané 500 cm³.

Suppositoires à la créosote, sinapismes.

Evolution :

Mauvais état général pendant 11 jours.

Abdomen météorisé, ne rend pas ses gaz.

Tousse, température oscillante autour de 38°5.

Localement, la plaie se referme bien.

On enlève le drain le 2^e jour.

Hématome de la paroi qui s'arrange bien.

Sort de l'Hôtel-Dieu après un mois de séjour.

Revue il y a trois semaines : régime sévère, a pris 4 kg.

OBSERVATION VII

M. M... Gabriel, ouvrier à Pont-Rousseau, 35 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 14 du mois de février 1939, pour syndrome douloureux abdominal.

Histoire de la maladie :

Souffre depuis 20 ans de crises douloureuses gastriques, avec vomissements.

Intervalles de calme complet entre les crises.

A signaler : une amputation de cuisse 4 mois plus tôt pour artérite oblitérante.

Douleurs en coups de poignard au creux épigastrique 10 heures plus tôt.

Vomissements.

Examen :

Ventre de bois.

Contracture généralisée, disparition de la matité hépatique.

Pouls 120.

Température 38°.

Opération :

Après laparatomie susombilicale, on trouve un gros ulcus pylorique, porteur d'une perforation de la grosseur du pouce.

Grosse quantité de liquide péritonéal.

Suture en deux plans au catgut.

Epiploplastie de sécurité.

Fermeture de la paroi en un plan.

Drain dans le douglas.

Soins post-opératoires :

Position demi-assise.

Glace sur le ventre.

Huile camphrée toutes les 3 heures.

Suppositoires à la créosote, sinapismes.

Sérum physiologique sous-cutané 500 cm³.

Hépatrol, strychnine.

Evolution :

Température pendant cinq jours sans cause apparente.

Drain enlevé le 2^e jour.

Lavement évacuateur le 4^e jour.

Décousu au 12^e jour.

S'en va au 21^e jour.

Revu il y a un mois : souffre un peu, mais ne suit pas de régime et s'éthylise.

OBSERVATION VIII

M. G... Louis, âgé de 33 ans, arrive le 30 avril 1938 à l'Hôtel-Dieu de Nantes parce qu'il souffre depuis 15 heures dans le ventre.

Histoire de la maladie :

Ethylique avéré : pituite matinale, gros foie.

Se présente avec le tableau classique de la péritonite généralisée.

Opération :

On trouve un ulcus gastrique perforé, à la face antérieure.

Suture simple au fil de lin.

Drainage sus-pubien.

Soins post-opératoires :

Habituels.

Suites opératoires :

Graves pendant sept jours.

L'état du malade s'améliore peu à peu.

Sort de l'Hôtel-Dieu un mois et demi après son opération.

Revu en juin 1938 : s'est remis à boire, souffre parfois de l'estomac.

Perdu de vue depuis un an.

OBSERVATION IX

M. B... Robert, 54 ans, est amené à l'Hôtel-Dieu le 11 décembre 1938, parce qu'il souffre depuis six jours dans le ventre. Une crise plus violente que les autres a eu lieu 15 heures plus tôt.

Pas d'antécédent gastrique.

Examen :

Douleurs abdominales généralisées maximum au creux épigastrique.

Contracture, ventre de bois.

Disparition de la matité hépatique.

Vomissements, shock, facies péritonéal.

Pouls 120.

Intervention :

Ulcère perforé de la 1^{re} partie du duodénum, à la face antérieure.

Suture au fil de lin en deux plans.

Drainage, fermeture au crin.

Soins post-opératoires :

Huile camphrée 5 cm³ toutes les 5 heures.

Sérum physiologique sous-cutané deux fois 250 cm³.

Position demi-assise.

Glace sur le ventre.

Eucalyptine : 1 ampoule.
Weill et Dufour : 1 ampoule.
Enveloppement sinapisé.
Suppositoires à la créosote.

Evolution :

Forte bronchite pendant dix jours.
La température ne descend pas : 38°2-39°.
La plaie reste belle.
Drain enlevé avant 48 heures.
Sort après un mois d'hôpital bien guéri.

Pas revu.

OBSERVATION X

M^{me} A... Marie, âgée de 32 ans, est amenée à l'Hôtel-Dieu, pour douleurs abdominales, le 16 décembre 1937, à 18 h. 45.

Histoire :

Pas d'antécédent gastrique net.
Depuis 8 heures s'est installé un syndrome abdominal aigu, à maximum iliaque droit.
Contracture, vomissement, shock.
Tension 10/6.
Sonorité préhépatique.

Intervention :

Anesthésie générale au schleich.

On trouve une perforation de l'antre pylorique.

Grosse quantité de liquide dans l'abdomen.

Suture simple en deux plans.

Epiploplastie, drainage, fermeture au crin.

Soins post-opératoires :

Morphine :

Sérum physiologique sous-cutané 1 L.

Sérum glucosé rectal 500 cm³.

Sérum anti-colibacillaire, anti-streptococcique
40 cm³, pressyl : une ampoule.

Huile camphrée.

Glace sur le ventre.

Position de Fowler.

Evolution :

Température oscillant autour de 38°5 pendant huit jours.

Drain enlevé le 2^e jour.

Sort du service, où elle était hospitalisée, le 10 janvier 1938.

Pas retrouvée.

OBSERVATION XI

M. A... Pierre, 42 ans, manœuvre, est amené à l'Hôtel-Dieu le 4 mars 1939, parce qu'il présente un syndrome abdominal typique d'ulcère perforé depuis 4 heures.

Histoire de la maladie :

A présenté souvent depuis plusieurs années des crises gastriques douloureuses, accompagnées de vomissements, sans horaire fixe, calmées par les aliments. Quatre heures auparavant, douleur aiguë au creux épigastrique. Pas de vomissement.

Examen :

Pouls 105.

Température 37°9.

Ventre douloureux à la pression, surtout au point épigastrique.

Contracture.

Shock.

Facies péritonéal.

Intervention :

Ulcère perforé de la face antérieure de D 1.

Légère quantité de liquide dans l'abdomen.

Suture simple en deux plans au fil de lin.

·Epiploplastie de sécurité. Drainage.

Fermeture au crin profond et superficiel.

Soins post-opératoires :

Glace.

Morphine.

Position demi-assise.

Sérum physiologique sous-cutané 500 cm³.

Suppositoires à la créosote.

Sinapismes.

Evolution :

Malgré les soins, le malade continue à tousser, il devient dyspnéique au moindre effort.

Température oscillant autour de 39°.

Etat général de plus en plus mauvais.

Abdomen météorisé tendu, douloureux.

Peu à peu le malade perd ses forces, fait de nouveaux foyers pulmonaires. Localement il continue à souffrir au niveau de son incision. Il vomit sans arrêt.

Mort le 9^e jour.

Nécropsie impossible.

CRITIQUE DES OBSERVATIONS

I. — TOUTES LES ANESTHÉSIES ont été « générales », au masque d'Ombredanne, chargé de Schleich.

II. — AU POINT DE VUE TECHNIQUE :

a) La *laparatomie susombilicale* qui permet d'explorer et de traiter toutes les lésions gastroduodénales, a été employée systématiquement.

Dans l'observation II, on a commencé par une incision d'appendicectomie par suite d'une erreur de diagnostic. Par contre, dans l'observation I, on a placé un drain à travers une incision de Mac Burney volontairement.

b) On a fait : une suture bord à bord,
un enfouissement séro-séreux,
une épiploplastie de sécurité.

Dans tous les cas, sauf dans les observations I et VI qui présentent des malades très shockés à la 21^e et 29^e heure de leur perforation, on a procédé à une suture en un seul plan pour gagner du temps.

c) *La fermeture de l'ulcère* a été faite au catgut n° 1, sauf dans les deux cas où on a employé le fil de lin.

d) *La fermeture de la plaie opératoire* a été faite au crin de Florence, sauf dans les observations I et VI où on a employé les fils de bronze.

e) *Le drainage* a été fait systématiquement après la 8^e heure. On a toujours retiré le drain avant 48 heures.

III. — AU POINT DE VUE DES SOINS POST-OPÉRATOIRES :

On a dans tous les cas drainé, mis les malades en position demi-assise, dite de Fowler.

Huile camphrée, sérum salé sous-cutané, révulsion, traitement préventif des bronchites, furent faits à tous les opérés en même temps qu'un cgr. de morphine le jour de l'opération.

Chez les éthyliques (observations III, VII et VIII), le sulfate de strychnine 5 mmg. deux fois par jour et l'hépatrol injectable furent institués jusqu'à désintoxication, évitant les crises de delirium.

Dans deux cas (observations X et observation VI) on a fait du sérum anti-treptococcique et anti-colibacillaire, en se basant sur l'aspect du liquide abdominal, mais on n'a jamais fait d'examens de laboratoire.

Il est à remarquer qu'il s'agit des deux observa-

tions relatives à des perforations survenant chez des femmes.

IV. — CRITIQUE DES RÉSULTATS :

Sur les onze malades observés, un seul est mort (observ. XI), sans doute de complications pulmonaires, mais la nécropsie n'a pas pu être faite et le malade a souffert jusqu'à la fin de son abdomen.

Sur les onze malades présentés, il y a neuf hommes et deux femmes.

L'âge des opérés évolue entre 19 et 54 ans.

Le moment de l'intervention entre 2 et 29 heures.

Le siège des lésions se répartit de la façon suivante :

a) 6 cas sont des ulcères perforés du pylore;

b) 4 cas sont des ulcères de la première portion du duodénum;

c) 1 cas est seulement gastrique.

— Sept malades ont revus, ces deux derniers mois, trois n'ont pu être retrouvés :

Il y a un parallélisme à peu près constant entre la durée du séjour à l'hôpital, les difficultés des suites opératoires et le nombre d'heures écoulé avant l'intervention. Une grosse exception doit pourtant être faite pour le malade décédé qui avait été opéré dans des conditions excellentes à la 4^e heure.

A signaler un fait intéressant dans l'observation VII : ce malade avait été amputé quatre mois plus tôt de la cuisse droite pour artérite oblitérante. Peut-on voir dans son état artériel une cause prédisposante à la perforation?

Notre plus ancienne observation date seulement de décembre 1937. C'est pour cela que si les résultats immédiats sont bons, il nous paraît difficile d'affirmer la guérison définitive des opérés. Toutefois, nous croyons qu'il nous est possible de penser que le résultat général donné par les sutures simples présentées est très encourageant.

CONCLUSIONS

I. — Au cours de ce travail, nous nous sommes attaché à exposer et analyser impartialement les principales méthodes employées pour traiter les perforations d'ulcères gastroduodénaux en péritoine libre.

II. — Il est impossible de rejeter ou d'adopter un procédé unique, ayant tous les avantages et aucun inconvénient.

III. — Le tamponnement ne doit être réservé qu'à des cas rarissimes, ce qui explique son mauvais pourcentage.

IV. — La gastroentérostomie associée apparaît comme une intervention souvent inutile et insuffisante.

Elle ne donne pas beaucoup plus de guérisons stable que la suture et comporte des inconvénients qui lui sont propres.

V. — La gastrectomie est le traitement idéal de la maladie ulcéreuse, lorsque la thérapeutique médicale a fait faillite.

Elle ne s'impose que dans des cas limités comme procédé à employer dans les ulcus perforés.

VI. — La suture simple nous paraît être une méthode :

a) assurant dans la plupart des cas une guérison définitive;

b) ne comportant pas les inconvénients propres à la gastro-entérostomose.

c) moins grave que la gastrectomie d'emblée et s'appliquant à des cas beaucoup plus nombreux.

VII. — La gastrectomie secondaire sera le seul traitement des échecs de la suture simple.

Vu :

Le Doyen,
TIFFENEAU.

Vu :

Le Président de thèse,
CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- Abadie.* — Bul. et mém. de la Société de Ch., 1921, p. 150.
- Alamartine et Deinet.* — Revue Chirurgie 1921, tome LIX.
- Albo.* — Bul. et mém. Soc. Nat. Chirurgie 1921, p. 1360.
- Alessanchi.* — Nouvelles contributions au traitement de la perforation des ulcères gastro-duodénaux par la résection. — Soc. Chir. Piémont 1934.
- Bager.* — Acta chirurgica scandinavia. Vol. LXIV suppl. XI 1929.
- Barbaro.* — Un cas d'ulcère perforé du duodénum. Examen histologique et bactériologique. — Bul. et mém. Sac. Anat. Paris, 1925.
- Barbera Giovanni.* — Sur cent cas de perforations d'ulcères gastriques ou duodénaux. — El. Polí-clinico, 15 nov. 1930.
- Bassi.* — Un caso di perforazione di ulcera gastrica. — Riv. di Chir. 1924.
- Bergenstein.* — Thèse Paris 1932.

- Bernard* (Raymond). — Presse médicale an XL, 28 déc. 32.
- Bizard et Malakay*. — Avenir des perforations d'ulcères gastroduodénaux. — Echo médical du Nord, janvier 1935.
- Blackford et Bayer*. — The American journal of Surgery XII-1.
- Bonnet, Potel et Tavernier*. — Ulcères perforés de l'estomac. — Lyon chir. 1924, XXI.
- Boyer*. — Traitement des perforations ulcéreuses gastroduodénales (Thèse Paris 1936).
- Boiron*. — Thèse Bordeaux 1932.
- Boulin*. — Thèse Paris 1921.
- Bousseau*. — Thèse Paris 1912.
- Braun* (Berlin). — Traitement des ulcères gastroduodénaux perforés par le procédé de Neumann (manchette épiploïque). — J. Chir., 1^{er} mai 1931, p. 401-406.
- Bréant*. — Contribution à l'étude du traitement des perforations ulcéreuses en péritoine libre par gastrectomie d'emblée. — Thèse Paris 1938.
- Brocq et Albouker*. — La place actuelle de la gastrectomie dans le traitement des ulcus gastroduodénaux en péritoine libre. (P. Méd.), février 1937.
- Brown*. — The late results in a serie of forty nine cases of perforated gastric and duodénal ulcers. Edimb. M. J. 1925.

- Burns*. — Perforating duodenal ulcer. Texas state J. M. Fort-Worth 1925-26, XXI, 367-369.
- Brugeas*. — Des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum Arch. méd. et Ch. Nov. Paris 1921, CLIX, 299-309.
- Bryce* (Graham). — The british medical journal 26 Av. 30.
- Bullock*. — The medical journal of Australia 1921, An. VIII.
- Cadenat*. — Bul. et Mém. Soc. Nat. de Chir. 1922, p. 836.
- Campo* (J. C. Del) et *Ugon* (K. V. A.). — Ulcères gastriques et duodénaux perforés. An. Fac. med. Montévidéo XIV, n° 4.
- Capette*. — Bul. et mém. Soc. nat. Chir. 1922, p. 1116.
- Carr* (E. I.). — Report of a case of pyloric ulcer perforated during first week after gastro-entrostomy. J. Am. Ass. Chicago 1919, LXXIII, 34.
- Caryannopoulos*. — Sur 18 cas de perforation d'ulcus gastrique. Bul. et Mém. ac. de Chir., 8 juillet 1936, 1061.
- Chabrut*. — Sur 25 perforations d'ulcères gastro-duodénaux en péritoine libre. Journ. chir., T. II, 1931.
- Chiosserini*. — La résection dans le traitement de l'ulcère gastro-duodénal. J. Venise des Sc. Med. Mars 31, n° 3.
- Clavel*. — Soc. de Chir. Lyon, 19 mai 1932.

- Conti*. — Sur le traitement de la perforation d'ulcus en péritoine libre (An. Ital. de Chir., janv.-fév. 1936).
- Cotte*. — Lyon Chirurgical 1921, n° 2.
- Cristobal Pera Jumenez*. — Ulcères perforés de l'estomac et du duodénum en péritoine libre. Rev. med. Barcelone 1932.
- Creysse* et *Mourgues (J. de)*. — Sur les résultats éloignés et immédiats des interventions pour ulcères gastro-duodénaux perforés (194 observations). Rev. chir. oct. 1938, n° 8.
- Curtillet*. — Statistique de 37 cas d'ulcères perforés en péritoine libre. Méd. 8 décembre 1937.
- Dehelly*. — Bul. et Mém. Soc. Nat. Chir. Rapport Lecène 1921, p. 1182.
- Delagenière*. — XXIX. Congrès Chir. 1920.
- Dellore*. — Rev. Chir. 1929, X.
- Desjacques*. — Soc. Chir. Lyon, 26 mai 1932.
- Dunbar*. — 387 cas de perforation d'ulcère gastro-duodénal. The Glasgow med. Journal. 2 août 26. N° 2.
- Duval*. — Bul. et Mém. acad. chir., nov. 1929.
- Dieulafoy*. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, t. I, p. 225.
- Dieulafoy*. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, t. II, p. 81.
- Dworsak*. — Deutsche Zeitschreft für chir., t. CCXXI f. 3, 4.

Eberle. — Zentralblatt für Chir. 1920, t. XLVII.

Echelter. — Arch. für klinische chir., t. CLX,
juil. 30.

Evans. — The british med. jour., 30 janv. 1926.

Fabre. — Thèse Lyon 1927.

Fernicola C. — Traitement chir. des ulcères de
l'estomac et du duodénum perforés en péritoine
libre. Prensa medic. Argentina, mars 28, n. 30.

Filmour et Saint. — Perforation d'ulcères gastro-
duodénaux (64 cas). British journal of Swig. Juil-
let 33, p. 78-90.

Finaly. — Sur le traitement des ulcères perforés
gastro-duodénaux (Deutsche Zeits. Für chir.,
20 juil. 36).

Fisher. — Etude de 38 cas d'ulcères perforés. Journ.
med. d'Australie, avril 33, p. 524.

Finsterer. — Brun's Beitrage Zur Klinischen chir.
t. CXLVII, n° 1.

Gabrielli. — Perforation gastro-duodénale, riforma
medica déc. 32.

Gandy (Charles). — Thèse Paris 1899.

Gandy (Maurice). — Thèse Paris 1934. Les ulcères
gastro-duodénaux perforés en péritoine libre.
Etude clinique et résultats des interventions pra-
tiquées d'urgence.

Gilhol. — Ulcère gastrique perforé en péritoine
libre, suture simple. Arch. Franco-Belge chir.
Bruxelles 1924, XXVII.

Girode. — Huit observations d'ulcères duodéno-gastriques perforés.¹ Bul. et Mém. Soc. Chir. Paris 1923, XLIX.

Gosset. — Rapport au XL Congrès français de chirurgie, oct. 1931.

Graham. — Traitement des ulcus gastro-duodénaux perforés. Surg. Gyn. et Obstét., fév. 1937.

Grégoire. — Bul. et Mém. Soc. nat. chir. 1922, 1039.

Grégoire. — Bul. et Mém. Soc. nat. chir. 1930, t. LVI.

Gasterleben et Zetmann. — Contribution au traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés.

Brun's Beitrage für Klinik chirurgie, 15 av. 1936.

Grimault. — Ulcères perforés justa pylorique. Rev. Chir. Paris 1922, LXIII.

Grubal. — Résection d'emblée dans les perforations d'ulcus. Bul. et Mém. Soc. Chir.

Guillemin. — Réflexions sur trois cas d'ulcères perforés chez le vieillard. Rev. méd. de l'Est, Nancy, 1924, L, II.

Guilleminet et Latreille. — Résultats du traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés. Jour. Chir., t. XXXIII, n° 3.

Gutman. — Bul. et Mém. Ac. Chir., 10 juin 1936?

Hady. — Résultats éloignés de 150 opérés pour perforation d'ulcère gastro-duodéal. (Orvosi-Hetil, 22 fév. 1936, n° 8.)

Hartmann. — Bul. et Mém. Soc. Nat. Chir., t. LIV, p. 263.

Haugseth. — Résultats éloignés des opérations pratiquées à l'hôpital maritime pour ulcère gastro-duodénal de 1919 à 1931. Norsk-magasin Lacgendenskayen, oct. 193, p. 1060.

Hepburn (J. J.). — Perforated gastro-duodenal ulcers some notes ut to their treatment, Boston, 1922, CXXXVI.

Hoche et Marangos (Vienne). — Clinique et thérapeutique de l'ulcère perforé de l'estomac et du duodénum. Arch. für klinische chirurg., t. CLXXI, 4 av. 1932, p. 626.

Hromada et Newman. — Surgery-Gynécology and Obst. 1922.

Judine. — Bul. et Mém. Soc. de l'Ac. de Chir., 1929, p. 1233.

Krainik. — Thèse Paris 1922.

Krecke. — Die fruhdiagnose der magen geschwür perforation, 1926, munchen. med. ehns. LXXXII.

Krenter (Nuremberg). — Remarque sur 150 perforations d'ulcères gastro-duodénaux traités opératoirement. 80 résections primitives. 70 opérations paliatives (Zentralblatt für 7 chir. TUX. Août 22, p. 2017.

Kunster U. B. — A case of penetrating gastrie ulcer healed medicaly Med. rec. n. 7, II, 1601.

Lainé (A.). — Résultats éloignés du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux. Arch. des mal. de rapp. dig. et de la nutrition, 1928.

Lardennois. — Rapp. au VIII^e cong. de la Soc. intern. de chirurgie, Varsovie, juillet 1929.

Lastra (J. S.). — 10 cas de perforation d'ulcères d'estomac et du duodénum. *Vida nueva*, mars 27, p. 79.

Lauret (Gaston). — Thèse Paris 1921.

Lecène. — Bul. et Mém. Société chirurg. 1922, p. 1036.

Lecène. — Bul. et Mém. Société chirurg., 1928, p. 455.

Leriche. — Presse médic., août 33, n^o 62 et 67.

Leroy (Roger). — Thèse Paris 1931.

Lewisohn. — Persistance d'ulcus duodénaux après suture d'une perforation (Surgery-Gynecolog. and obst., fév. 37).

Lewishon (R.) (New-York). — Résultats tardifs dans les ulcères gastro-duodénaux perforés. *An. of surg.*, juin 28, p. 885.

Marx. — Fonctionnement de l'estomac après gastrectomie. Thèse Paris 1935.

Martin (A. F. San.). — A propos des perforations des ulcères gastro-duodénaux en péritoine libre. Soc. chir. Buenos-Ayres, juillet 29, p. 491.

Melaud (O. N.). — Acue perforation of the stomach and duodenum. *Journal Lancet Minneap.*, 1920, p. 363.

Metzger. — Thèse Paris 1925.

Meyer et Bruns (Chicago). — Etude de 62 cas de

perforation aiguë d'ulcères gastriques et duodénaux. The American journal of de medical science. April 1926, p. 510.

Monod (Robert). — Bul. et Mém. Soc. méd. chir., 1923, p. 337.

Moore (G. B.). — Perforation gastric ulcer with report of cases. Virginia. Mouth Rechmond 1924, 25, L. I.

Morville (P.). (Copenhague). — L'ulcère perforé de l'estomac et du duodénum, résultats éloignés de la suture de l'ulcère. Hospitalstittende, mars 1930, p. 315.

Mondor. — Diagnostics urgents, abdomen. Masson 1930.

Mondor et Lauret. — Des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. 1923.

Mourgues (de). — Résultats éloignés et immédiats des interventions pour ulcères gastro-duodénaux perforés. Thèse Lyon 1933.

Moutier (F.). — La perforation des ulcères gastro-duodénaux. Arch. des mal. app. digest. Paris, 1924, XIV, 705.

Naumann. — Considérations critiques sur l'état actuel du traitement de l'ulcère gastro-duodénal perforé en péritoine libre. Arch. für klinische chir. Mars 1926, p. 434.

Niosi. — Ann. Italiane di chirurg. 1922.

Oberthur. — Thèse Paris 1926.

- Pannet.* — The treatment of perforated gastric ulcer Lancet. London 1926, 1271.
- Peck.* — Perforated and duodenal ulcer tr. shil? Head Surgeon 1922, 168.
- Perves et Badelon.* — A propos des perforations iteratives des ulcus gastro-duodénaux (Mém. Acad. chir., fév. 1937).
- Plazolles.* — Thèse de Toulouse 1927.
- Plouvier.* — Thèse de Lille 1923.
- Polloka (L. W.).* — Perforated ulcer of the duodenum. A report based on fifty cases. Texas st. J. M. Ford Worth 1926-27, XXII, 446-449.
- Pool et Dinein.* — Late result of gastro enterostomy for gastric and duodenal ulcer. Am. surg. A. Philad., 1922, XL, 340.
- Pouget.* — Traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés. Thèse Paris, juin 1936.
- Potet.* — A propos de traitement des ulcères perforés gastriques. Lyon chirurg., 1924, p. 316.
- Promptowa.* — Sur le traitement chirurgical des perforations gastriques et duodénales. Bruns Beitrag Zin Klinischen chir., t. CXLIX, avril 1930, p. 287.
- Rapant.* — Sur le traitement des perforations aiguës des ulcères de l'estomac et du duodénum. Zentralblatt für chirurgie. T. LVV, mai 1930, p. 297.
- Roche.* — Thèse de Bordeaux 1928.

Rosmorduc. — Thèse de Bordeaux 1930.

Richter. — Perforated gastric duodenal ulcer. Tr.
Wort. Surg. Ass. Minn. 0918, 230.

Santy. — Thèse Lyon 1915.

Schwartz. — Traitement des perforations en péritoine libre des ulcères de l'estomac et du duodénum. Bruns Beitrage, Zin Klinischen chirurgie. T. CXLV, p. 212.

Scollo. — Ulcères gastro-duodénaux et leurs traitements. Policlinico, mai 1932.

Senèque. — A propos de la gastrectomie. Bul. et Mém. Soc. Chir., 1937.

Sostegni. — Revision de 52 opérés pour perforation gastrique. Soc. Lombarde de Ch., juillet 34.

Soupault. — Presse Méd., janvier 1930.

Starlinger. — Résultat du traitement chirurgical au cours de 25 ans pour des ulcères gastro-duodénaux. Arch. de mal. de l'app. de nutrit., 1928, p. 713.

Stewart et Barber. — Annales of Surg., 1922, LXXXV.

Stocher. — Remarques sur le diagnostic et le traitement de l'ulcus perforé. Zentralblatt für chir., mars 1937, p. 610.

Suchmann. — Complications de la gastro-entérostomie. Thèse Paris 1936.

Tondeur (Bruxelles). — Dans quelles proportions

les ulcéreux opérés pour perforations restent-ils guéris? *Revue Chir.*, mai 1931, p. 356.

Toupet (R.). — *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir.* T. XLVII.

Ulrich (S.). — *Revue Chir. Paris*, 1921, p. 467.

Urratia. — Traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés (résultats éloignés). *Medecina Ibera*. T. XXIV, n° 606, juin 1929.

White et Patterson. — Résultat éloigné de la suture simple, dans la perforation aiguë et d'ulcus duodénal. *Ann. or surg.*, avril 1931.

Williams et Walsh. — Traitement de l'ulcère perforé. *The Lancet*, janv. 1930.

Wilmoth. — Statistique de 42 cas d'ulcères perforés de l'estomac et du duodénum.

Zuckschwerdt et Eck. — Traitement de l'ulcère de l'estomac et du duodénum perforé en cavité libre. *Deutsch. Zeit für chir.*, 1931, p. 299.

